

News Headline

ここでは、新聞・テレビなどメディアで報道された主な出来事をピックアップしております

ニュース ヘッドライン

24歳看護師の過労死認定

静脈に注入食、患者死亡…准看護師が点滴ミス

麻酔薬を誤投与 女性患者、意識戻らず

注射で神経を傷つけ、女性に750万円賠償

麻酔薬を誤投与 女性患者、意識戻らず

筋弛緩剤を誤投与で死亡

人手不足看護師ら“悲鳴” 「十分仕事出来ない」7割

抗がん剤を四倍投与・・・受け持ち医は記録を確認せず

クローズアップ（上記の詳細内容）へ ⇒ ⇒ ⇒

Close-Up

クローズアップ

24歳看護師の過労死認定＝人員不足、宿直明けに倒れる

東京都済生会中央病院(東京都港区)で昨年5月、宿直明けに意識不明になり、死亡した看護師高橋愛依さん＝当時(24)＝について、三田労働基準監督署(同区)が過労死として労災認定していたことが17日、分かった。認定は9日付。

代理人の川人博弁護士によると、高橋さんは2006年4月から同病院に勤務。昨年5月28日午前7時半ごろ、手術室の中でストレッチャーに突っ伏しているのを同僚が発見。同日夕、死亡した。持病はなく、死因は致死性不整脈とみられるという。

高橋さんが働く手術室はもともと26人態勢だが、昨年3月末には18人になった。新人が補充されたが人員不足の状態は続き、高橋さんは4月から5月にかけて、25時間拘束の宿直勤務を8回こなしたほか、土日に働くこともあり、残業は月約100時間だった

静脈に注入食、患者死亡…准看護師が点滴ミス

大阪府茨木市の友誼会総合病院(林豊行院長、292床)で、同府箕面市内の男性患者(87)がチューブで胃に直接入れる液体状の注入食を誤って静脈に入れられ、副作用で死亡していたことが5日、わかった。担当の女性准看護師(45)が「忙しくて間違ったことに気付かなかった」とミスを認めており、茨木署は業務上過失致死容疑で捜査している。

発表によると、准看護師は2日午後4時頃、注入食の袋(250ミリ・リットル)から出ているチューブを、点滴チューブの途中に付けてあった薬剤投与のための接続器具に誤って挿入したという。約30分後、別の女性准看護師がミスに気付き、主治医の斉藤裕之副院長(51)が救命治療したが、約1時間半後に死亡した。病院側は同日、遺族に説明し、同署に通報。司法解剖で5日、死因は誤投与による副作用と判明した。

Close-Up

クローズアップ

麻酔薬を誤投与 女性患者、意識戻らず

県立中央病院(甲府市富士見1、山下晴夫院長)は24日、県内に住む50代の女性患者に点滴したところ、薬剤の種類を誤ったため、女性が一時心肺停止に陥ったと発表した。女性は蘇生し、治療を受けているが、意識が戻る可能性は低いという。同病院によると、女性は10月2日、下腹部の痛みを訴えて診察を受け、虫垂炎と腹膜炎と診断された。翌3日に入院し、虫垂の切除手術を受けた。15日になって腹部の痛みを訴えたため、担当の30代の外科医が鎮痛剤を追加投与しようと麻酔科医に鎮痛剤の名を聞いた際、本来投与すべき「フェンタニル・ドロレプタン」を、手術時の全身麻酔に使う「フェンタニル・アルチバ」と聞き間違えた。病室で使用する薬ではなかったため、薬局が看護師に確認し、看護師も外科医に確認したが、外科医はそのまま投与してしまったという。投与には1年目の研修医も立ち会った。投与から約20分後に看護師が病室を訪れた時には女性は心肺停止状態だったという。誤投与された麻酔薬「フェンタニル・アルチバ」は、呼吸が止まってもおかしくない量だったという。山下院長は「薬局でも病棟でも防げなかったことに問題がある。病院全体の責任」と謝罪した。

注射で神経を傷つけ、女性に750万円賠償

県立病院好生館で昨年9月、静脈注射を受けた佐賀市の40代女性が、注射の際に腕の神経を傷つけられる医療ミスがあったことがこのほど分かった。女性には障害が残っており、県は750万円を賠償する。

病院によると、女性は昨年9月、「気分が悪くて食事ができない」と訴えて受診。静脈注射で薬を投与した際、誤って通常より深く針を刺し、神経を傷つけた。女性は注射直後から痛みを訴え、その後も神経の治療を受けていたが、今も指のしびれや関節が痛むなど、後遺症があるという。女性と病院との示談は、先月成立した。

Close-Up

クローズアップ

麻酔薬を誤投与 女性患者、意識戻らず

県立中央病院(甲府市富士見1、山下晴夫院長)は24日、県内に住む50代の女性患者に点滴したところ、薬剤の種類を誤ったため、女性が一時心肺停止に陥ったと発表した。女性は蘇生し、治療を受けているが、意識が戻る可能性は低いという。同病院によると、女性は10月2日、下腹部の痛みを訴えて診察を受け、虫垂炎と腹膜炎と診断された。翌3日に入院し、虫垂の切除手術を受けた。15日になって腹部の痛みを訴えたため、担当の30代の外科医が鎮痛剤を追加投与しようとした。麻酔科医に鎮痛剤の名を聞いた際、本来投与すべき「フェンタニル・ドロレプタン」を、手術時の全身麻酔に使う「フェンタニル・アルチバ」と聞き間違えた。病室で使用する薬ではなかったため、薬局が看護師に確認し、看護師も外科医に確認したが、外科医はそのまま投与してしまったという。投与には1年目の研修医も立ち会った。

筋弛緩剤を誤投与で死亡

徳島県鳴門市の健康保険鳴門病院で、肺気腫の疑いで入院していた男性患者(70)に、抗炎症剤ではなく、誤って名前の似ている筋弛緩剤を点滴し、急性薬物中毒で死亡させていたことが19日、わかった。病院側はミスを認めており、県警は業務上過失致死容疑で調べている。

病院や遺族によると、男性は今年17日夜に容体が急変し、体温が40度近くになった。当直の30歳代の女性医師は、抗炎症剤「サクシゾン」を出そうとしたが、データベースでヒットした筋弛緩剤「サクシン」をサクシゾンと思いこんだ。サクシンを受け取った看護師から「本当にサクシンでいいのですか？」との問い合わせがあったが、医師には「サクシゾン」と聞こえたため、「いいよ」と答えたという。サクシンは、麻酔時や気管に管を挿入する際などに使用。使用を誤ると、呼吸停止を起こす場合がある。

Close-Up

クローズアップ

人手不足看護師ら“悲鳴”「十分仕事出来ない」7割

県医療労働組合連合会と県民主医療機関連合会で作る「和歌山ナースウエーブ実行委員会」は、県内の看護職員を対象にした労働実態に関するアンケートの結果を発表した。約7割が業務量が増えたと答え、患者に十分な看護が出来ていないと答えた人も約7割いた。理由に慢性的な人員不足を挙げる人が目立ち、現場からは、激務や疲労からくる医療ミスを心配する声も聞かれた。調査は今年3～4月、県内15か所の病院で働く看護職員を対象に、男女682人が回答。平均年齢は37歳だった。「十分な看護ができていない」と答えた人は68%で、理由を複数回答で挙げてもらったところ、「人員が少なすぎる」が291人と最多。「業務が過密になっている」(218人)、「看護以外の業務が多すぎる」(98人)、「退職や異動で職場のメンバーが頻繁に代わり、看護の蓄積がない」(76人)の順に続いた。労働時間に関する問いでは、29%が日勤始業時間の30～40分前から仕事を始めており、1日平均30分以上残業している人は64%に上った。深夜勤務の際、38%が休憩が全く取れない、またはほとんど取れていないと答えている。

抗がん剤を四倍投与…受け持ち医は記録を確認せず

筑波大付属病院で昨年七月、県内在住の四十歳代の女性に抗がん剤を四倍投与した医療事故で、同大は二十三日、受け持ち医の確認不足などが原因とする調査結果を発表した。調査結果によると、女性には五カ月前にも抗がん剤で治療しており、主治医が受け持ち医に「前と同じ」と口頭で治療法を伝えた。前日も担当した受け持ち医は記録を確認せず、本来一回投与するところ、四回投与するよう薬剤師らに指示した。

金子道夫副院長は「医療現場は迅速な判断が求められる場合が多い。医師としてやむを得ない部分もあり、責任は問わない」と述べた。再発防止のため、患者の治療計画に、根拠となる治療法を記載した用紙の添付を義務付けた。

メディケーションエラー①

投与する患者を間違える

名字が似ている患者に鎮痛薬を投与

A病院で2003年9月、女性准看護師が、精神科に入院中の女性患者に誤って別の患者用の薬を服用させ、5日後に脳出血で死亡していたことがわかった。

准看護師はベテランで、夜勤中の9月2日夜から3日未明にかけて、複数の患者に3日朝に服用させる数種類の薬を、手間を省くために患者ごとに紙袋に包んだ。同日朝、准看護師は、死亡した女性患者に名字が似ている別の女性患者用の鎮痛剤などが入った薬包を渡してしまった。A病院では、マニュアルで薬を事前に一包化しておくことを禁じている。

そのまま薬を服用した女性患者は、体調を崩して栄養補給の点滴を受けたが、3日夜に興奮状態となり、精神安定薬を投与された。その後、4日深夜に呼吸困難になって同市内の総合病院に転院。クモ膜下出血とわかり治療を受けたが、意識を失って8日午前死亡した。

この事例は、間違えた薬剤（鎮痛剤）が間違われた患者にとって危険な薬剤であったことにある。鎮痛剤のなかには血小板凝集の抑制作用をもつものがあり、出血傾向のある患者に誤って投与されることは出血リスクを増大させるので危険である。

看護師は、看護ケア計画を立てる際、患者のリスク評価を行っている。リスクの高い患者には、通常、リスクの高い（作用が強い、薬物有害反応も大きい）薬剤が投与される。そして、リスクの高い薬剤の誤投与は大きな健康被害に結びつく。この点の理解が必要である。

「姓名」に基づく患者の確認は基本ルールであるが、患者を間違えるという事例は決して少なくない。たとえ投与する薬剤を間違えても健康被害を回避できるように、薬剤の作用の強さに基づくリスク評価が必要である。

Medikation Fehler ② 投与する薬を間違える

血液凝固阻止薬と間違えてインスリン製剤を点滴

B 病院で 2003 年 10 月 2 日、60 歳代の女性入院患者に、看護師が血液凝固阻止薬と間違えてインスリン製剤を点滴し、患者が重い意識障害になっていることがわかった。

患者は、胸部に取り付けた人工血管内で血が固まる症状があり、血液凝固阻止薬の点滴投与を受けていたが、2 日夜、看護師が血液凝固阻止薬を生理食塩水に混ぜようとした際に、誤って血糖値を下げるインスリン製剤計 2ml を混ぜた。

3 日未明になって、患者の血圧が急降下し、低血糖症に陥っていることが判明。治療で血糖値は回復したものの、意識障害が残り、投与以前にできていた会話ができなくなった。

薬剤保管室では、インスリン製剤は冷蔵庫、血液凝固阻止薬は薬剤庫と別々に保管し、いずれもラベルに薬剤名を記していた。

薬物有害反応には、薬剤の投与を中止すれば回復するもの（可逆的）と中止しても回復しないもの（不可逆的）がある。血糖値を下げるインスリン製剤の誤投与は、過度の低血糖による脳へのダメージから重篤な意識障害を引き起こし、最悪の場合は、ブドウ糖の投与によっても回復しない。この事例は、もともと危険薬剤の一つである「血液凝固阻止薬」が投与されており、リスクの高い患者で発生したものである。

注射用の「血液凝固阻止薬」の代表的なものはヘパリンであるが、ヘパリンはバイアル製剤であり、分割投与が行われている。インスリン製剤もバイアル製剤で、分割投与が行われている。両薬剤とも、再使用することが多く、一度針を刺した後は、汚染防止のため冷蔵庫での保管となる。また、投与量の表現も共通して「〇〇単位」であるなど、両薬剤には共通点が多い。この共通点が、エラー誘因になる。

メディケーションエラー③ 投与量あるいは投与速度を間違える

5～10倍の不整脈用剤を過剰投与

C病院で、60代の男性が、通常の5～10倍の不整脈用剤を過剰に投与されたことから一時心配停止状態になり、現在も意識不明の重体であることがわった。

男性は、市内の別の病院に入院していた時から不整脈があり、不整脈用剤「リドカイン（キシロカイン）」による治療を行っていた。2004年1月中旬、この病院から胸水の治療のためB病院へ転院。病室で搬送用のストレッチャーからベッド移動後、30代の女性看護師がリドカインの輸液ポンプを取り替える際に調節弁を閉め忘れ、通常の5～10倍に当たる約500mgが1分～2分で投与された。

輸液ポンプとシリンジポンプは、薬剤の投与を正確に行うために用いられる。つまり、輸液ポンプやシリンジポンプを用いて投与する薬剤は、治療上の重要度が高い薬剤か危険薬剤である。この事例の不整脈治療のために投与されたリドカイン（キシロカイン）は危険薬剤の一つである。

輸液ボトルを新しいのと取り替える時、よくみられるエラーは、調節弁を閉め忘れてフリーフロー（free flow）になることである。フリーフローの状態では、薬液が一挙に体内注入されるため急速に血中濃度が上昇する。危険薬剤は、薬理作用が強く薬物有害反応も大きいので、急激な血中濃度の上昇は、重大な健康被害を引き起こすことになる。

また、薬剤の含有量を示す単位の誤解と投与量の計算間違いも、薬剤によっては大きな健康被害を引き起こす。これらについては次回で取り上げる。

メディケーションエラー④

投与経路を間違える

流動食誤って点滴

流動食用チューブを点滴ルートに誤って接続し入院患者を死亡させたとして、D病院の女性准看護師（41）と看護長の男性看護師（47）が業務上過失致死容疑で書類送検された。女性准看護師は、2005年7月30日午後5時半ごろ、心不全などで同病院に入院中の女性（当時88歳）に流動食を投与する際、チューブを誤って点滴ルートに接続、静脈内に流動食を流入させ死亡させた疑い。被害者の看護を担当していた男性看護師は女性准看護師に対し、適切な指示を与えなかった疑い。被害者は、救命治療を受けたが、8月2日未明に多臓器不全で死亡。患者が点滴用チューブを引き抜くことがあることから、接続部分が腹部に固定してあった。

静脈内に投与する注射剤のほとんどは、透明である。

ただし、必ずしも無色ではない。例外として、牛乳のように見える栄養補給用の脂肪製剤とダイズ油に薬を混合したりリポ製剤と呼ばれる注射剤があるが、非常に限られている。また、投与時に攪拌し、白く濁ったまま注射する薬剤があるが、これは筋肉内に投与するためのもので、血管内には直接注入しない。

過去に、注射筒に抜き取った牛乳を脂肪製剤と間違えて点滴ルートに接続し投与するという事例も報告されている。静脈内に注射しようとした製剤、あるいは、点滴用として手にした製剤が透明でなければ、いったん動作を止めて薬剤を再確認することが重要である。当然ながら、ほとんどの流動食は透明ではない。

メディケーションエラー⑤

投与する時間を間違える

メトトレキサートの投与スケジュールを誤る

E病院は、2004年12月3日、関節リウマチ治療薬の投与ミスが原因とみられる呼吸障害で、70代男性患者が重大になったと発表した。ICU（集中治療室）で人工呼吸器を装着して治療しているが、予断を許さない状態。

男性患者は、2000年から関節リウマチと骨粗鬆症でE病院の免疫・膠原病内科を外来受診、関節リウマチの治療薬メトトレキサート（リウマトレックス）を服用していた。

2004年10月25日、消化管出血のためE病院の消化器内科に緊急入院。週に1日計6mgを3回に分けて投与するべきメトトレキサートを、病棟担当の研修医（25）は連日投与するよう看護師に指示し、5日間にわたって計22mgが投与された。研修医は指示の際、免疫・膠原病内科の外来担当医に問い合わせしていなかった。

投与時間に関するエラーとして、

- ① 投与すべきところを忘れた。
- ② 投与中止指示を忘れて投与した。
- ② 特殊な投与スケジュールの理解が不足していたため連続投与した、などがエラー事例として報告されている。

多くの抗がん薬は、過度の骨髄抑制を回避するため、投薬期間と休薬期間を組み合わせたスケジュールで投与が行われる。この事例は、特殊なスケジュールで投与する免疫抑制薬メトトレキサートを休薬せずに連続投与し、免疫抑制作用が過度に発現したという事例である。特殊な投与スケジュールの薬剤は限られており、薬剤師にその一覧表を用意してもらうことで、エラー回避ができる。

おわりに

前項で示した5つの Medikation エラー事例は、どれもが「どこでも起こりうる」ものであることがわかります。

「基本ルールを守っていれば、回避できたはずだ」と、簡単に片付けることはできません。なぜなら、医療現場は、あわただしく並行して複数の作業を進めなければならないことが少なくないからです。

また、基本ルールを理解しても、緊急治療時にはルールを無視せざるをえません。相手が人間でなければ、多少のエラーは気にならないという人も多いと思います。しかし、相手が人間（患者）だけに、そういう気楽なことは言っておれません。

人間である限り、エラーを起こすことからは逃げられない。「自分はエラーが少ない」と言い切る人でも、ある日、本人あるいは家族に何か重大な問題（病気など）が発生すれば、それに気をとられ、注意が散漫になり、その結果エラーをおこす傾向にあるのです。人間とは、そんなものなのです。どんな人であっても、決して完璧ではない。このことを前提に、エラー対策について考えることが大切なのです。

好むと好まざるとにかかわらず、エラーは起きます。大切なことは、大きな健康被害に結びつくエラーを起こさないことです。つまり、エラー時の健康被害の大きさを考慮したメリハリあるエラー対策がポイントになってきます。

News Headline

ここでは、新聞・テレビなどメディアで報道された主な出来事をピックアップしております

ニュース ヘッドライン

- 点滴投与ミス、79歳男性死亡／都立府中病院
- 宮城県の国立病院機構でサリドマイドを誤投与
- 医療現場の「ヒヤリ・ハット」最多22万件
- 栃木県の佐野厚生総合病院で医療ミス・損賠提訴
- 医療アラーム「急変」聞き逃し事故多発

(2000年以降、救命遅れ死亡30件)

クローズアップ(上記の詳細内容)へ ⇒ ⇒ ⇒

Close-Up

クローズアップ

点滴投与ミス、79歳男性死亡——都立府中病院 / 東京

都立府中病院(府中市)で13日、入院していた同市の無職男性(79)が点滴を受けた後に容体が急変し死亡していたことが分かった。府中署は、点滴の仕方に問題があったとみて、病院関係者から事情を聴いている。

都や府中署によると、男性は末期がんの患者で、定期的に栄養剤を点滴投与していた。事故があった11日は、女性看護師が点滴を付けたが、投与する速度が通常より速くセットされていたことが数時間後に判明。適正速度に戻したが、男性は13日夜に死亡した。

宮城県の国立病院機構でサリドマイドを誤投与

国立病院機構仙台医療センター(仙台市)は3日、かつて薬害を引き起こして販売が中止され、昨年10月に血液がんの一種「多発性骨髄腫」の治療薬として再承認されたばかりのサリドマイドを、胃がんで入院していた男性患者に誤って投与したと発表した。

発表によると、同センターの女性看護師は8月20日、多発性骨髄腫で入院した50歳代の男性患者に服用させるサリドマイドのカプセルを、カプセルが入ったシート上の患者名を確認せずに、胃がんで入院していた50歳代の男性患者に渡した。男性は服用したが、健康被害は出ていないという。

Close-Up

クローズアップ

医療現場の「ヒヤリ・ハット」最多22万件

一つ間違えると医療事故につながりかねない「ヒヤリ・ハット事例」が2008年、国内の大学病院など主要236医療機関で22万3981件に上ったことが、財団法人・日本医療機能評価機構のまとめで分かった。前年を1万4765件上回り、統計を取り始めた05年以来、過去最多となった。ヒヤリ・ハットの調査目的は、多くの医療機関が事例を共有して事故を防いでいこうというもの。同機構は過去最多となったことについて、「医療の質が低下しているわけではなく、現場で安全に関する意識が高まった表れ」としている。

最も多かったのは、薬の処方・投薬に関するもので、4万6952件（21・0%）。次いで人工呼吸器や栄養補給のチューブの接続ミスなど「ドレーン・チューブ類の使用・管理」（14・3%）、リハビリ中の不適切な介助など「療養上の世話」（8・4%）が続いた。原因としては、薬剤名などの「確認不十分」（24・4%）など初歩的なミスが目立った。

栃木県の佐野厚生総合病院で医療ミス・・・損害提訴

がんの手術後に気管チューブが外れたのが原因で植物状態になったのは担当医師が注意を怠ったためとして、宇都宮市の男性（54）と家族が佐野厚生総合病院（佐野市）を運営する佐野厚生農業協同組合連合会に約一億二千万円の損害賠償を求める訴えを宇都宮地裁に起こした。訴状では、男性は一昨年一月に同病院で喉頭（こうとう）がんの手術を受けた後、医師が気管に挿入したチューブが外れて呼吸ができなくなり、低酸素脳症を引き起こした。男性は現在も意識が回復していないといい「術後、大量にたんが出るような状態だったのに、医師が状態を観察するのを怠った」と主張している。

Close-Up

クローズアップ

医療アラーム「急変」聞き逃し事故多発

2000年以降、救命遅れ死亡30件

入院患者の容体急変を知らせる医療アラームを病院側が聞き逃し、その後に患者が死亡したケースが2000年以降、少なくとも30件に上ることが、日本看護協会（久常節子会長）の調査でわかった。警告が出る設定などに問題があり、異常がないのに鳴る「無駄鳴り」が頻繁に起き、警告の聞き逃しにつながっているとして、協会は月内にも対策をまとめ、国に提言する。

調査は、アラーム聞き逃しが医療事故や訴訟などとなった病院から聞き取りしたり、報告書を入手するなどして行った。患者死亡の30件は、急変を見逃して救命が遅れたといずれも病院が認めているものだが、死亡との因果関係は判断していない。横浜市立脳血管医療センターでは07年7月、50歳代の男性患者の不整脈をアラームが知らせたが、看護師3人が約30分間、気づかなかった。男性は心肺停止となっており、9日後に死亡した。同じ病棟では患者8人がアラームをつけ、1日6000回警告音が鳴っていた。

群馬県の公立病院では06年3月、70歳代の男性患者の心停止を知らせる警告音に対応が28分遅れ、約5時間20分後に死亡した。看護師3人が「無駄鳴り」と思い込んでいた。病棟では患者30人のアラームが絶えず鳴っている状況だった。

アラームは人手不足の医療現場で、患者の急変を知るために広く使われている。患者に1日着けると原則1500円の診療報酬が出る。調査を担当した永池京子常任理事は、「装着の必要性や異常を知らせる設定値をよく考えないまま着けておくという医師も多い。このため『無駄鳴り』が増え、看護師が鈍感になり、本当の警告音を聞き逃すことにつながっている」と指摘している。

次ページへ続く ⇒ ⇒

Close-Up

クローズアップ

協会では、「アラームの聞き逃しが看護師の不注意や怠慢のように言われてきた。調査結果は氷山の一角で国を挙げた取り組みが必要」と対策を提言する。

提言は、〈1〉医療機器取り扱いの専門職である臨床工学技士（ME）の増員

〈2〉医療の質を重視した診療報酬への見直し

〈3〉看護師の医療機器に関する教育

〈4〉聞き逃し事故の情報を共有するシステムの構築

厚生労働省は「協会の検討結果を受け、対応を考えたい」としている。

医療アラーム

患者の体に着けた携帯型発信器となっている検知器で心拍数や血中酸素濃度などを監視し、異常値が出るとナースステーションのモニターの警告音が鳴るシステム。1980年代から普及し、20病床以上の全国約7800病院のほとんどに置かれている。